

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

市町村長 印

推 薦 書

下記の者について、令和7年度の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい研修	令和7年度 認知症対応型サービス事業 開設者研修		
推 薦 す る 者	氏 名		
	事業種類	☐ 指定小規模多機能型居宅介護事業所 ☐ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 ☐ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 ☐ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 ☐ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所	
	事業所名	〒 住 所 : 名 称 : 電 話 : FAX :	
	経験年数	認知症高齢者の介護に携わった経験年数	年 月 日
		保健医療サービスの経営に携わった経験年数	年 月 日
		福祉サービスの経営に携わった経験年数	年 月 日
	既に受講した研修	研 修 名	受講年次
			年
		年	
		年	
備考			
研修を受講することにより基準を満たす職名	☒ 代表者 ☐ 管理者 ☐ 計画作成担当者		